

# Elternfragebogen U4 (modifiziert nach Papoušek)

Christine Schöttgen  
 Dr. med. Ulrike Schürmann  
 Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung aus. Dies hilft uns auf bestehende Probleme besser einzugehen. Vielen Dank!

Mein Baby, Name.....

|  | Nie | Gelegentlich | Oft | Dies macht mir Sorgen | Ich wünsche dafür fachkundige Beratung |
|--|-----|--------------|-----|-----------------------|--|
| schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.   |     |              |     |                       |  |
| lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif   |     |              |     |                       |  |
| ist extrem willensstark  |     |              |     |                       |  |
| wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30Min) zum Einschlafen                       |     |              |     |                       |  |
| schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig   |     |              |     |                       |  |
| fordert ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung  |     |              |     |                       |  |
| schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage   |     |              |     |                       |  |
| kuschelt nicht, mag keine körperliche Nähe   |     |              |     |                       |  |
| erträgt keine körperliche Einschränkung  |     |              |     |                       |  |
| ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an   |     |              |     |                       |  |
| vermeidet Blickkontakt   |     |              |     |                       |  |
| die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45Min)   |     |              |     |                       |  |
| verweigert die Brust / die Flasche.  |     |              |     |                       |  |
| ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck und Zwang  |     |              |     |                       |  |
| ist extrem irritierbar.  |     |              |     |                       |  |
| ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern  |     |              |     |                       |  |
| <b>Familiäre Situation</b>   |     |              |     |                       |  |
| Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen.   |     |              |     |                       |  |
| In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet.   |     |              |     |                       |  |
| Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen alleine gelassen.   |     |              |     |                       |  |
| Die Nerven liegen blank.   |     |              |     |                       |  |
| Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.   |     |              |     |                       |  |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.  |     |              |     |                       |  |
| Die Probleme belasten die Partnerschaft.   |     |              |     |                       |  |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könne etwas zustoßen.  |     |              |     |                       |  |
| Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilfslosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut. |     |              |     |                       |  |
| <b>Fähigkeiten</b>   |     |              |     |                       |  |
| Sieht Ihr Kind Spielzeug interessiert an?  |     |              |     |                       |  |
| Spielt es mit den Händen, z.B. vor dem Gesicht?  |     |              |     |                       |  |
| Steckt die Hände in den Mund?  |     |              |     |                       |  |
| Verfolgt ihr Kind ein Spielzeug mit den Augen  |     |              |     |                       |  |
| Wendet es den Kopf nach Ihrer Stimme?  |     |              |     |                       |  |
| <b>Allgemeines</b>   | Ja  | Nein         |     |                       |  |
| Bekommt ihr Kind regelmäßig Vitamin-D?   |     |              |     |                       |  |
| Stillen Sie ihr Kind?  |     |              |     |                       |  |
| Falls Nein, welche Nahrung geben Sie?  |     |              |     |                       |  |

Worüber freuen Sie sich besonders? ...

Bemerkungen / Fragen: ...

Ausgefüllt von: ...

Datum: ...